THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/coxalgiebilatera0000blot

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

BLOTNIK Haïm Henri

Né le 6 Septembre 1884 à Lida (Russie)

Contribution à l'étude obstétricale du Bassin

CHEZ LES FEMMES

AYANT EU UNE

COXALGIE BILATÉRALE

PENDANT L'ENFANCE

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur*

Imprimerie des Facultés

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26,

PARIS (VI^e^ Arr^t^)

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. G.-H. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	GILBERT, CHAUFFARD, ACHARD, WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, HARTMANN, LEJARS, GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique médicale	Auguste BROCA
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILEAU
Clinique propédeutique	DUVAL
	SERGENT

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	CLERC	LARDENNOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	DEBRE	LE LORRIER	RIBIERRE
AUBERTIN	I. de JONG	LEMAITRE	RICHET Fils
BASSET	DUVOIR	LEMIERRE	ROUVIERE
BAUDOIN	ECALLE	LEVY-SOLAL	STROHL
BINET	FIESSINGER	LHERMITTE	TANON
BLANCHETIÈRE	FOIX	LIAN	TIFFENEAU
BRANCA	GARNIER	MATHIEU	VAUDESCAL
BRULÉ	HARVIER	METZGER	VERNE
BUSQUET	HEITZ-BOYER	MOCQUOT	VILLARET
CADÉNAT	HOVELACQUE	MONDOR	WELTER
CHAMPY	JOYEUX	MOURE	
CHIRAY	LABBE (H.)	MULON	

À LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

À MA FEMME

À MA FILLE

À MON BEAU-FRÈRE ET À MA SŒUR
Monsieur et Madame ROBERT

Meïs et Amicis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre profond respect.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE MONTPELLIER

M. le Professeur TRUC, Professeur de clinique ophtalmologique.

M. le Professeur Mairet, Médecin à l'Hôpital Général et à l'Asile des Aliénés.

M. le Professeur VALLOIS, Professeur de clinique obstétricale.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LENOIR, Médecin de Saint-Antoine.

M. le Prof. HARTMANN, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

M. le Professeur VAQUEZ, Médecin de la Pitié.

M. le Professeur ROGER, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

M. ROCHARD, Chirurgien
M. RIEFFEL, —
M. BROCQ, Médecin
M. Jules RENAULT, Médecin
} de St-Louis.

M. le Professeur COUVELAIRE (clin. Baudelocque).

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études médicales, il nous est particulièrement agréable d'exprimer publiquement nos sentiments de respectueuse gratitude à tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, dont l'enseignement nous a préparé à la carrière médicale.

Notre joie est d'autant plus grande que nous accomplissons aujourd'hui un acte que la guerre a reculé de 5 ans.

Qu'il nous soit permis de rendre tout particulièrement hommage à ceux de nos maîtres qui ont eu sur notre formation médicale une profonde influence et qui nous ont toujours donné les marques de la plus grande bienveillance.

Nous avons fait fonctions d'externe et d'interne à l'Hôpital St-Louis, pendant 1 an dans le service de chirurgie du Dr Rieffel ; pendant plus de 2 ans dans le service de maladies cutanées et syphilitiques du Dr Brocq et pendant 6 mois dans le service de maladies infantiles du Dr Jules Renault.

Qu'ils soient assurés de notre profonde reconnaissance et de notre entier dévouement.

Depuis plus de 6 mois nous suivons avec le plus grand intérêt le service de M. le Professeur Couvelaire dont on ne saurait trop apprécier le remarquable enseignement.

C'est dans son service qu'il nous a été donné de suivre la dernière semaine de la gestation et pendant l'accouchement et pendant les suites de couche une femme atteinte de coxalgie double. C'est sur son conseil que nous en avons fait le sujet de notre thèse.

Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Contribution à l'étude obstétricale du BASSIN chez les femmes ayant eu une COXALGIE BILATÉRALE pendant l'enfance.

GÉNÉRALITÉS

La coxalgie double n'est pas une affection extrêmement rare.

Kirmisson en rapporte 27 cas personnels jusqu'à 1910.

Ménard et Calvé de Berck sur 495 cas de coxalgies relèvent 35 cas de coxalgies doubles.

Dans sa thèse, Pillot étudiant les différentes statistiques des cas de coxalgies, donne une proportion de 8,5 o/o de coxalgies doubles par rapport au chiffre total de coxalgies observées. Ce n'est donc pas une affection excessivement rare. Cependant les observations recueillies dans les Maternités sont très peu nombreuses. Alors que Brillaud dans sa thèse « La coxalgie unilatérale dans ses rapports avec la fonction de reproduction » avait pu relever dans les archives de la clinique Baudelocque, 93 observations de coxalgies unilatérales pendant une période de 15 années (1905-1919), de notre côté en faisant porter nos recherches de la période qui s'étend de 1890 à 1924, nous n'avons pu trouver que

3 observations de femmes atteintes de coxalgie double ayant donné 4 accouchements.

D'autre part, dans la littérature, nous n'avons trouvé qu'une seule observation publiée par Commandeur en 1913 à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie.

C'est qu'en effet la coxalgie double laisse toujours après sa guérison une grave infirmité ! Les déformations des membres inférieurs sont toujours très accentuées.

Calvé dans sa thèse décrit d'après Ménard 6 types de déformations :

1er cas. Ankylose des 2 hanches avec bonne attitude et longueur égale des deux membres inférieurs.

2e cas. Luxation bilatérale avec mobilité des deux hanches et longueur à peu près égale des deux membres inférieurs.

3e cas. Luxation des deux hanches en mauvaise attitude avec flexion et abduction.

4e cas. Ankylose bilatérale des deux cuisses qui passent l'une au devant de l'autre en se croisant comme une branche d'une paire de ciseaux « scissor legged progression » des auteurs anglais.

5e cas. Asymétrie de deux membres inférieurs.

6e cas. Ankylose des 2 hanches avec rotation en dehors, très accentuée des 2 membres inférieurs.

Calvé étudiant plus loin le mécanisme de la marche écrit :

On peut dire qu'au point de vue du mécanisme articulaire, chacun des membres inférieurs ne commence qu'au genou. La soudure du fémur au bassin maintient

les deux genoux fixés l'un près de l'autre, à tous les temps du pas, et celui-ci ne s'effectue que grâce à des mouvements de suppléance dans le genou, le cou-de-pied et aussi le bassin. La marche s'effectue avec *lenteur*, avec *effort*, à *tout petits pas*.

Pillot dans sa thèse en étudiant les troubles fonctionnels génito-urinaires chez les malades atteints de coxalgie double, écrit :

« Bien des malades sont incapables de pratiquer le coït. Chez les jeunes filles, la menstruation vient encore ajouter un gros inconvénient à leur situation à cause de la difficulté qu'elles éprouvent à prendre les soins de propreté nécessaires.

Chez les femmes, dit Gilbert, une telle difformité devient un obstacle au mariage. Le coït chez elles n'est pas toujours possible quoiqu'elles aient la ressource de l'*a posteriori*.

Lorsque la conception a lieu, une autre question se pose, dans quelles conditions va se faire l'accouchement ?

Pour résoudre un tel problème, il nous faudrait connaître les diverses viciations du bassin coxalgique double. En dehors des observations dont nous avons parlé plus haut, nous avons pu recueillir dans la littérature, l'étude anatomique de 4 bassins déformés par coxalgie double.

Nous avons d'autre part étudié un bassin appartenant au musée Henri Varnier (clinique Baudelocque).

C'est à l'aide de ces matériaux que nous allons nous

efforcer d'étudier les déformations du bassin coxalgique double. Nous étudierons ensuite le mécanisme de l'accouchement dans de tels bassins.

Nous diviserons donc ce travail en 2 chapitres :

1° **Etude anatomo-pathologique du bassin vicié par coxalgie double.**

2° **Etude de l'accouchement dans les bassins déformés par coxalgie double.**

Nous ferons suivre cette étude de la publication des observations que nous avons utilisées.

CHAPITRE PREMIER

Etude Anatomo-Pathologique

L'étude anatomo-pathologique de bassin vicié par coxalgie double que nous présentons portera sur 5 bassins (dont quatre ont été mensurés), et sur l'étude radio-pelvimétrique de deux bassins. (Observation de Commandeur et observation n° 298 de 1924 de la clinique Baudelocque).

I

Grand bassin

Les mensurations du grand bassin n'ont été prises que dans quatre observations.

Voici les chiffres que nous avons relevés :

Pour le diamètre bi-iliaque antérieur :

20 cent.	20,03	24	21,5

Pour le diamètrs bi-iliaque maximum :

20 cent.	25	22

Les chiffres considérés comme normaux sont :
pour le bi-iliaque antérieur 24 cent. ;
pour le bi-iliaque maximum 28 cent.

Ces quatre bassins présentent donc des dimensions notablement inférieures à la moyenne.

Petit bassin

A. *Détroit inférieur.* — Les mensurations des 2 diamètres particulièrement importantes du détroit inférieur au point de vue obstétrical diamètre-sous-sacro-sous-pubien, et diamètre bi-ischiastique n'ont été mesurés que dans 3 bassins.

Nous avons trouvé les chiffres suivants :

Pour le diamètre sous-sacro-sous-pubien

10 cent. 9,5 10,3

Pour le diamètre bi-ischiastique

16 cent. 14 10,8

Les chiffres considérés comme normaux sont :

Pour le diamètre sous-sacro-sous-pubien 11,5 ;

Pour le diamètre bi-ischiatique . . . . 11.

Dans ces trois bassins, le diamètre sous-sacro-sous-pubien est inférieur à la normale ; tandis que le diamètre bi-ischiatique est 2 fois notablement supérieur et une fois sensiblement égal.

B. *Excavation.* — Il serait intéressant d'étudier les dimensions des diamètres bi-sciatique, sacro-rétro-pubien et bi-cotyloïdien. Malheureusement nous n'avons la mensuration de ces diamètres que pour le bassin du Musée Henri Varnier (Clinique Baudelocque).

Sur ce bassin, les dimensions sont :

Diamètre bi-sciatique — 10,1
— bi-cotyloïdien — 10,7
— sacro-rétro-pubien — 10,7

Diamètres sensiblement égaux aux diamètres considérés comme normaux.

C. *Détroit supérieur.* — Nous envisagerons les dimensions des diamètres suivants :

Diamètre promonto-retro-pubien ;
— oblique droit et gauche ;
— transverse maximum.

On sait que les dimensions considérées comme normales sont :

Diamètre promonto-rétro-pubien. . . 11 cent.
— oblique . . . . . 12.
— transverse maxima. . . . 13,5.

Voici les chiffres relevés sur les 4 bassins dont nous avons les mensurations et sur le 2 radio-pelvimétries que nous possédons. (Observation de Commandeur et observation 298 de 1924 de la clinique Baudelocque).

Diamètre promonto-rétro-pubien :

11 c. 9,3 9,48 9,6 11,8 12.

Diamètres transverses maxima :

13,3 14,1 11,7 14,8 13.

Pour le diamètre oblique gauche :

12,7 12.5 9,48 10,9 13,5 14.

Pour le diamètre oblique droit :

12,2 14 12,19 11,1 13 12.

Dans 3 cas le diamètre promonto-rétro-pubien est

égal ou supérieur à la normale ; dans les autres 3 cas au contraire il est inférieur.

Le diamètre transverse maximum est supérieur ou sensiblement égal dans trois cas ; légèrement inférieur dans un autre cas.

Les diamètres obliques sont également supérieurs à la normale : le gauche dans 4 cas, le droit dans 5 cas, et inférieurs tous les deux dans les autres cas.

Ce qui frappe le plus en étudiant les mensurations de ces bassins ce ne sont pas leurs dimensions absolues qui sont comme nous venons de le voir extrêmement variables. mais c'est l'asymétrie constante du détroit supérieur qui nous est révélée par l'inégalité des mensurations des diamètres obliques droits et gauches. Cette asymétrie toujours marquée n'est cependant pas très accentuée sauf dans un cas (9,48 pour le diamètre oblique gauche ; 12,16 pour le diamètre oblique droit) mais le bassin auquel se rapportent ces mensurations en dehors de la coxalgie double est vicié par une synostose sacro-iliaque droite (bassin de Naegelé). Nous ne pouvons donc pas imputer cette asymétrie considérable à la coxalgie double.

Ces bassins se rapprochent, d'une part, des bassins viciés par luxation congénitale de la hanche par les rapprochements des ailes iliaques ce qui est tout à fait normal puisque très souvent la luxation succède à la coxalgie.

D'autre part, il se rapproche par leur asymétrie des bassins viciés par coxalgie uni-latérale. Cela se comprend facilement.

En effet, comme le dit Aronovitch dans sa thèse « L'invasion simultanée des 2 côtés est rare et on peut dire qu'il y a en général un intervalle variant entre 6 mois et 2 ans entre l'atteinte des 2 articulations. »

Pendant les premiers mois de la maladie, la malade qui n'est en général pas soignée, marche sur sa jambe saine et c'est sans doute à cette période que se produit la déformation du bassin. Le bassin vicié seulement par coxalgie double ne semble pas, si la viciation relève seulement de la coxalgie double, devoir être un mauvais bassin au point de vue obstétrical.

Nous verrons dans la partie clinique de ce travail que chez les 2 femmes dont le bassin était vicié seulement par coxalgie double, la capacité pelvienne était tout à fait normale.

Mais ces bassins sont très fréquemment des bassins à viciations complexes. Leur capacité peut se trouver réduite :

1° Par le rachitisme surajouté (diminution du diamètre antéro-postérieur) ;

2° Par association d'autres lésions tuberculeuses du bassin (sacro-coxalgie que nous trouvons dans 1 cas).

3° Par l'extension du processus tuberculeux aux parois du bassin (exostose hypertrophique que nous trouvons dans un cas).

Il faut encore savoir que l'ankylose coxofémorale ou la luxation ont pour conséquence l'antéversion du bassin.

Nous verrons dans la partie clinique de notre mémoire que les 4 femmes dont nous avons les observations avaient un bassin très fortement antéversé.

Nous donnons ci-dessous la description de 5 bassins dont 4 trouvés dans la littérature et 1 inédit appartenant au Musée Henri Varnier, (clinique Baudelocque).

Premier bassin

Coxalgie double. Perforation de la cavité cotyloïde. Pénétration de la tête fémorale dans le bassin.

(Otto Gurlt. Mistaltungen der Beckens p. 25(.
(In thèse Tracou, Lille 1889. observation XVII).

Ce bassin appartenant à une femme de chambre adulte, présente en général une forme et une grandeur normale et offre seulement cette particularité, que les deux têtes fémorales sont enfoncées dans les cavités cotyloïdes, au point de refouler leur fond très avant dans le bassin d'où est résultée une ankylose incomplète. A droite, le plafond cotyloïdien forme à l'intérieur du bassin une saillie de la grosseur et de la forme d'une demi-orange. La boule osseuse ainsi formée est lisse à paroi épaisse, large à sa base de 7 centimètres de diamètre et de là elle fait saillie dans la cavité du bassin de 4 centimètres. Dans sa plus grande hauteur, qui correspond à peu près au milieu de la cavité cotyloïde, se trouve un trou irrégulier, rond, grand de 1 centimètre et demi, fermé par fonte osseuse et obtus à l'état frais par une sorte de membrane. C'est par lui que le cotyle communique maintenant avec la cavité du bassin.

La partie inférieure de l'os iliaque a pris aussi dans la scissure ischiatique la forme d'une boule, par l'aggrandissement de la cavité cotyloïde. Il en résulte que la

largeur de la scissure ischiatique qui est d'habitude de 5 cm 25 ainsi que la distance des tubérosités sacrées au bord de l'os iliaque correspondant sont réduites à un pouce (2 cm 83). En même temps le cotyle pénètre dans le bassin, la tête fémorale jusqu'au col y ont pénétré avec lui. Toute la cavité cotyloïde est lisse, il en est de même de la tête fémorale, mais toutes deux ont perdu leur cartilage, sont usées et si adhérentes au col fémoral qu'il est impossible de les séparer.

Le fémur ne pouvait être tourné qu'un peu en avant et vers l'intérieur, jamais en arrière et vers l'extérieur, et l'articulation est si limitée, que quand la femme était debout le corps formait un angle droit avec la partie supérieure du fémur. L'articulation de la hanche gauche ne diffère guère de la droite sauf en ce que le cotyle n'est pas tout à fait aussi large, mais refoulé d'environ 1 centimètre et demi dans la cavité du bassin et que le col fémoral n'est pas complètement caché dans la cavité cotyloïde.

Et comme il existe de nombreuses excroissances là où le col fémoral frotte contre la cavité, le mouvement est rendu plus difficile. L'arc que décrit d'avant en arrière l'extrémité inférieure du fémur gauche n'a que 18 cm. Les tubérosités internes des deux fémurs peuvent n'être distants que de 10 à 13 centimètres. A l'articulation de la hanche gauche le ligament transverse est aussi ossifié et à 2 centimètres environ.

La symphyse sacro-iliaque droite est inclinée en avant et ossifiée sur deux centimètres environ. L'extré-

mité inférieure du fémur droit est de 2 bons centimètres plus courte que du côté gauche par suite de l'enfoncement de la tête dans la cavité cotyloïde.

Deuxième bassin (Unna)

Naegelé. Coxalgie double : à gauche luxation, à droite carie de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde. Synostose sacro-iliaque droite.

(In thèse Tracou. Lille 1889, observation XXVI)

Ce bassin a été découvert par le Dr Uunna dans le musée d'anatomie pathologique de l'Académie médico-chirurgicale de Dresde. Il porte le n° 382.

L'ankylose est à la symphyse sacro-iliaque droite ; c'est la moitié droite du sacrum qui est imparfaitement développée. La plus grande largeur de cet os est de 10 cm. 38.

Du promontoir à la symphyse sacro-iliaque gauche 6 cm. 38 et de ce point à l'endroit où devrait être la symphyse iliaque droite 4 cm. 81. La concavité du sacrum est plus forte que de coutume ; les trous sacrés antérieurs du côté droit sont plus petits que ceux du côté gauche. L'os iliaque droit, mésuré de l'épine iliaque antéro-supérieur à la postéro-supérieure donne 14 cm. 68, le gauche 15 cm. 57.

D'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre 20 cm 03
Diamètre oblique droit..... 12 cm 19
— — gauche..... 9 cm 48

Distance sacro-cotyloïdienne droite..... 6 cm 32
— — gauche..... 8 cm 18
Du promontoire à la symphyse du pubis.... 9 cm 48

Cette pièce, outre les dernières vertèbres lombaires se compose encore de deux fémurs, ce qui fait qu'elle a été conservée et qu'on lui a donné place dans ce musée, ce n'est pas comme le remarque le Dr Unna la déformation qui nous intéresse, mais bien des altérations considérables produites des 2 côtés par une maladie de l'articulation de la hanche et en particulier la cavité nouvelle qui s'est formée à gauche, au dessus de l'acétabulum en grande partie comblée et effacée.

Cette nouvelle surface articulaire de la tête du fémur en contact avec elle est lisse et comme polie par suite du frottement.

Le fond de la cavité cotyloïde droite est carié ainsi que la tête du fémur dans le voisinage du point ou s'insère le ligament rond.

Son bourrelet est garni de productions osseuses nouvelles. A part ces altérations les fémurs et les autres os de la pièce sont sains, solides, d'un tissu un peu compact.

Troisième bassin

Coxalgie double. Luxation à droite, carie de la tête fémorale à gauche. Au détroit supérieur les diamètres obliques sont augmentés. Le diamètre bi-ischiatique mesure 16 cm.

(Musée des Hôpitaux, n° 2134. p).

(In thèse Pillot, 1910. Nancy, observation XXVI)

Bassin à peu près symétrique. Les fémurs dont la

moitié seule a été conservée sont peu développés. Du côté droit la tête fémorale existe encore, mais déplacée dans la fosse iliaque notablement déformée et diminuée de volume.

A gauche elle est totalement détruite et il ne reste qu'un moignon de col. Les os iliaques au contraire sont relativement sains.

Les ailes sont relevées et les fosses iliaques internes regardent directement en dedans ; celle du coté droit présente au-dessus du cotyle une nouvelle surface articulaire de 5 cm de large sur 6 cm 5 de haut, régulièrement limitée par un talus osseux telle que l'ilium a une épaisseur de plus de 1 cm au centre de la nouvelle surface articulaire. Cette nouvelle surface articulaire siège au voisinage de l'épine iliaque antéro-inférieure distante de 4 cm de la crête iliaque.

Détroit supérieur. — Diamètre antéro-postérieur normal. Différence d'un 1/2 cm entre le diamètre oblique ; c'est le côté droit où la tête fémorale n'a pas été détruite qui offre cette légère diminution.

Détroit inférieur. — Les diamètres coccy et sacro-pubiens sont un peu diminués. Les ischions sont déjetés en avant et en dehors des deux cotés ; leur écartement est considérable.

Sacrum très incurvé ; coccyx excessivement élevé. Sa pointe est dirigée en avant et en haut vers le détroit supérieur. L'épine sciatique droite est particulièrement développé :

Milieux des crêtes iliaques	20 cm

Entre les épines antéro-supérieurs		20
Entre les épines antéro-inférieures		16,5
Hauteur du grand bassin		10 cm.
Détroit supérieur :		
Diamètre antéro-postérieur	11	
— transverse	13,3	
— oblique gauche	12,7	
— — droit	12,2	
Détroit inférieur :		
Diamètre vacro-sous-pubien	10	
— coccy-pubien	7	
— oblique gauche	13	
— — droit	13	
— bi-ischiatique	16	

Quatrième bassin

Luxation double consécutive à une coxalgie double. Bassin carré.

Musée des Hôpitaux, n° 2117.

(In thèse Pillot, Nancy 1920, observation XXVII).

Les cavités cotyloïdes normales sont oblitérées et remplacées en arrière par de nouvelles surfaces articulaires ; du côté gauche, la luxation était un peu plus élevée et plus antérieure et la nouvelle articulation répond en avant et en bas à l'épine iliaque antéro-inférieure.

Le déplacement de la tête du fémur à ce niveau a produit un léger enfoncement de l'aile iliaque dans la fosse iliaque interne, du côté opposé la fosse iliaque est régulièrement concave. Le grand bassin est à peu

près normal, cependant il faut noter un arrêt de développement du côté gauche qui est moins haut que le côté droit de 1 cm. 5.

Les os iliaques ne présentent en aucun point de traces d'ostéite. Le détroit supérieur est rétréci d'avant en en arrière et élargi notablement dans le sens transversal ; la forme carrée est très accusée quoique la symétrie soit rompue par le défaut du développement du côté gauche ; le diamètre oblique correspondant est moins étendu que son congénère.

Entre les crêtes iliaques	25 cm
— les épines iliaques antéro-sup.	24 cm
Hauteur du grand bassin à gauche	9 cm
— — — droite	9 cm 5
Détroit supérieur	
Diamètre antéro-supérieur	9 cm 3
— transverse	14 cm 1
— oblique gauche	12 cm 5
— — droit	14 cm
Détroit inférieur	
Diamètre sacro-sous-pubien	9 cm 5
— oblique gauche	12 cm
— — droit	12 cm
— bi-ischiatique	14 cm
Hauteur du sacrum	8 cm 5

L'os iliaque gauche est moins développé que le droit. Le détroit supérieur est rétréci d'avant en arrière, c'est un type de bassin carré assez analogue à celqi que l'on voit dans la luxation congénitale double. Le travail de l'accouchement suit ordinairement sa marche régulière.

Cliché du Bassin n° 56 du Musée Henri Varnier

(Clinique Baudelocque)

Cinquième bassin (inédit)

(Clinique Baudelocque. Musée Henri-Varnier n° 56)

Coxalgie double avec à gauche hyperostose intra-pelvienne

Détroit supérieur	Promonto-rétro-pubien	9,6
	Transverse maximum	11,7
	— médiam	9,8
	Oblique antér. gauche	10,9
	— — droit	11,1
Excavation	Bisciatique	10,1
	Bicotyloïdien	10,7
	Cacro-rétro-pubien	10,7
Détroit inférieur	Bi-ischiatique	10,8
	Sacro-rétro-sous-pubien	10,3
		(sacrum brisé)
Sacrum	Profil	concave
	Faux promontoire	0
Symphyse	Hauteur	3,4
Pelvimètre externe	Bi-iliaque cubérien	21,5
	— maximum	22,5
	— postérieur	6,8
	Triangle de Michaëlis	symétriq.
	Hauteur { côté droit / côté gauche	6 42

Observation. — Bassin symétrique dans l'ensemble mais présentant une déformation du détroit supérieur à gauche par exostose sus-cotyloïdienne.

Aspect normal des os.

CHAPITRE DEUXIÈME

Etude clinique de l'accouchement

Au point de vue clinique nous pouvons diviser les 4 observations en deux groupes distincts.

Un premier groupe de deux observations dans lesquelles l'accouchement spontané ne fut pas possible.

Un autre groupe de deux observations dans lesquelles au contraire l'accouchement spontané se produisit à terme.

Nous pouvons noter immédiatement avant d'étudier plus en détail ces observations que dans les deux cas où l'on dut intervenir, lo coxalgie double n'était pas seule en cause.

Dans un cas, observation 593 de 1902, Clinique Baudelocque, la femme présentait des stigmates nets de rachitisme (incurvation du tibia, chapelet chondro-costal).

Dans un deuxième cas, observation 663 de 1897, Clinique Baudelocque, la femme présentait en plus de sa coxalgie double une sacro-coxalgie droite.

Au contraire dans notre 2e groupe de deux observations de femmes accouchées spontanément à terme le bassin n'était déformé que par la coxalgie double.

Dans notre premier groupe d'observations, l'accouchement par les voies naturelles était absolument impossible.

Dans l'observation 593 de 1902 le bassin fortement antéversé et asymétrique, était d'autre part extrêmement rétréci dans le sens antéro-postérieur.

Le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 8 cm.5.

En raison de son rétrécissement notable une opération césarienne fut pratiquée au début du travail et permit d'extraire un enfant vivant pesant 3.240 grammes.

Cette femme enceinte de nouveau en 1905 subit à la clinique Baudelocque une opération de Porro.

Dans l'observation 663 de 1897, la moitié droite du bassin « n'existe pour ainsi dire pas » note à l'examen M. le Professeur Pinard.

Le bassin semble d'après l'observation être vicié surtout par la synostose de l'articulation sacro-iliaque droite.

L'accouchement par les voies naturelles est jugé absolument impossible et une opération de Poro est pratiquée dès le début du travail et un enfant pesant 3370 grammes est extrait vivant.

Les deux observations du 2e groupe (Observation de Commandeur 1912 et observation 298 de 1924 de la Clinique Baudelocque) vont nous permettre d'étudier le mécanisme de l'accouchement dans les bassins viciés

uniquement par coxalgie double. Chez ces deux femmes, la gestation évolue jusqu'au terme.

L'antéversion du bassin très marquée dans les deux cas ne semble pas avoir gêné en aucune façon le mécanisme de l'engagement.

Dans l'observation de commandeur, au début du travail, la tête est fixée en O I G A.

Dans l'observation de Baudelocque, la tête était engagée en O I G A, avant le début du travail. Chez ces deux primipares la période de la dilatation fut rapide :

14 h. 45 de l'observation de Commandeur ;

et 5 h. 45 de l'observation de la clinique Baudelocque.

La période d'expulsion fut de durée normale, 43 minutes dans l'observation de Commandeur, très rapide (15 minutes) dans l'observation de la clinique Baudelocque.

Ce n'est qu'au moment du dégagement, qu'en raison de l'impossibilité d'écarter les cuisses on éprouva quelques difficultés.

Dans l'observation de Commandeur on mit la femme en position membres inférieurs relevés.

Dans l'observation de la clinique Baudelocque la femme fut placée, pour la période d'expulsion en décubitus latéral et à plat ventre au moment du dégagement.

Dans aucun cas il n'y eut de déchirure périnéale.

En résumé nous voyons que dans ces deux observations de femme à bassin fortement antéversé, mais de capacité normale, le mécanisme de l'accouchement fut absolument physiologique. Nous mettons à part les

difficultés vraiment peu importantes de la période du dégagement.

De l'étude d'un si petit nombre d'observations il est difficile de tirer une conclusion ; cependant il semble bien que la coxalgie bi-latérale ne produit pas de déformations du bassin capable d'entraver le mécanisme de l'accouchement. Seuls les bassins avec viciation complexes sont de capacité réduite. En dehors du rachitisme auquel on doit toujours penser, il ne faudra pas oublier que dans les cas de coxalgie double, il existe souvent d'autres lésions tuberculeuses des articulations. Penser également à la possibilité d'une sacro-coxalgie concomitante. D'autre part, nous avons vu dans l'étude anatomique de bassins coxalgiques doubles que les exostoses intrapulviennes semblent assez fréquentes.

La pénétration de la tête fémorale à l'intérieur du bassin est également possible.

C'est sur l'existence ou la non existence de ses diverses lésions qu'on se basera sur le pronostic de l'accouchement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Pinard).

Coxalgie double et sacro coxalgie droite. Début à 15 ans. Soigné pendant très longtemps. Bassin à viciations complexes. Opération de Porro (M. Varnier). La grossesse étant à terme. Guérison. Enfant vivant, garçon 2.370 gr. (1).

A. B..., 23 ans. Primipare.

Antécédents héréditaires : père mort à 47 ans de pneumonie double ; mère bien portante. Un frère et 3 sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels : a marché à 1 an. A bien marché jusqu'à 11 ans. A 11 ans chute. Coxalgie double.

Age de la grossesse : 9 mois à terme.

Examen du squelette : cicatrices au niveau de la partie supéro-interne du genou et au diveau de la hanche droite. Cicatrices nombreuses. Un point encore suppurant.

Présentation : Tête en bas. Position gauche, transversale.

(1) Déjà publiée in thèse Ortel, obs. LXII Paris 1903 et dans Fonctionnement de la maison d'accouchement Baudelocque, année 1897, n° 663 : par le Dr G. Lepage accoucheur à la Pitié, agrégé de la Faculté de Médecine. S. Steinheil Edit. Paris 898.

Bassin : Le 21 mars on soumet la femme au chloroforme pour explorer le bassin. M. Pinard constate que la moitié droite n'existe pour ainsi dire pas, qu'il y a synostose de l'articulation sacro-iliaque droite. L'angle sacro-vertébral est déjeté à gauche. On a donc affaire à un bassin asymétrique à viciations complexes.

Antécédents pathologiques : Jusqu'à 11 ans bronchites répétées. A 11 ans, chute d'un premier étage dans l'escalier la tête en avant.

Trois ou quatre jours de repos au lit, les jambes ne faisaient aucun mal, elle souffrait seulement de la tête. Elle recommença à marcher et le fit aussi bien qu'avant sa chute.

Au bout de 3 mois des maux de tête survinrent. Elle s'alita, le médecin dit : bronchite aiguë et rhumatisme articulaire. Elle reste 11 mois au lit et attire l'attention du médecin sur ses jambes qui lui font mal. Il répond que ce sont des douleurs, enfin comme elle réclamait sans cesse, il finit par inspecter les membres inférieurs et, après examen déclare que ce n'est plus son affaire et pose le diagnostic de deux coxalgies et tumeurs au niveau du genou gauche. La malade mobilise difficilement ses membres inférieurs au début de son séjour au lit ; peu à peu ils deviennent le siège de douleurs augmentées par les quelques mouvements qu'elle peut encore exécuter puis ils s'immobilisent tout à fait et s'œdématisent. Le genou gauche est très volumineux et très douloureux.

Vers la fin 1885, on la mène à Trousseau où elle est refusée. On la conduisit alors à Tenon où elle fut admise dans le service de M. Gilette, remplacé ensuite par M. Berger.

On confirma le diagnostic de coxalgie double. 1 ou 2 abcès à droite, tumeur du genou gauche. Rien aux chevilles. Im-

portance fonctionnelle absolue. M. le Dr Gilette fait des pointes de feu.

M. Berger applique un appareil silicaté des épaules jusqu'aux pieds et il fut maintenu pendant 6 mois. La malade passa ensuite dans le service de M. Lucas-Championnière qui défit l'appareil et appliqua une gouttière qui resta appliquée six mois. Au bout de ce temps, l'abcès de la hanche droite s'est beaucoup amélioré, il reste un petit trajet fistuleux. Celui du genou a également diminué. Elle présente une large surface de suppuration. La femme marche un peu avec des béquilles. Elle part pour Berck en 1880. Le Dr Cazin lui met une gouttière de Bonnet maintenue en place pendant 8 mois puis elle marche de nouveau avec des béquilles pendant 4 mois. Nouveau séjour au lit pendant un an. Elle est simplement entourée d'ouate. On fait le pansement de ses abcès et des 5 nouveaux qui s'étaient formés au niveau de la hanche droite ; à plusieurs reprises application de pointes de feu.

En 1887 retour à Paris, le Docteur Fournel la soigne 17 mois chez ses parents. Nouveaux abcès au niveau des reins. Le Docteur Cazin la fait revenir à Berck en 1888. Elle y reste au repos.

M. Ménard lui succède, lui fait des pointes de feu et la maintient au lit pendant 8 mois. M. Calot en 1890 voulait supprimer l'appareil silicaté qu'il lui avait d'abord mis et faire une résection. La mère refuse. La femme revient à Paris, on est alors en 1891. Pendant 3 ans elle marche avec des béquilles, les plaies se cicatrisent toutes, sauf une au niveau de la hanche droite. Elle offre un trajet fistuleux donnant de temps à autre issue à du pus. En 1895 elle marche seule, boiterie qui n'est pas très prononcée.

Devenue enceinte, elle vient à la clinique Baudelocque le 15 mars 1897 ; elle est admise au dortoir ; elle a eu ses dernières règles du 27 juin au 2 juillet 1896, la hauteur utérine est de 31 centimètres. Pas d'albumine dans les urines.

Le fœtus qui est vivant se présente par le sommet en position G. T.

Examen du bassin par M. Pinard, la femme étant endormie au chloroforme le 21 mars.

La moitié droite du bassin n'existe pour ainsi dire pas ; synostose de l'articulation sacro-iliaque droite, angle sacro-vertébral déjeté à gauche. Bassin asymétrique à viciation complète. Craquements humides au niveau du poumon gauche.

La femme entre en travail le 14 avril à 3 heures du soir.

Le jour même on décide l'opération de Poro (Varnier) et à 7 h. 45 on chloroformise la femme. Toilette du vagin et de la vulve. Cathétérismé, lavage de la paroi abdominale. Bascule de l'utérus qui est attiré hors de l'orifice abdominale. Incision de l'utérus et extraction du phœtus à 7 h. 57.

Ligature profonde. Incision du corps utérin et cautérisation du moignon ou thermocautère. Ponction de l'utérus pinces sur la plaie de la paroi. Extraction de l'enfant qui crie aussitôt.

Dèlivrance, quelques membranes restent dans l'utérus.. Ligature définitive. Section de l'utérus après introduction de la broche, les 2 pédicules et les 2 trompes qui n'étaient pas pincées sont compris secondairement dans la ligature.

Au moment de la fermeture de la cavité abdominale on s'aperçoit que le sang coule abondamment. Cette hémorragie provient du ligament large, droit qui a été déchiré par le caoutchouc. Ce ligament large est ligaturé par des soies en

chaîne passées à l'aiguille mousse Fil d'argent transfixant les 2 lèvres de la plaie et le pédicule, ils sortent à l'extérieur.

Suture de la plaie abdominale, toilette du moignon.

L'Utérus est mis dans le sublimé au 5 millième. Poids de l'utérus enlevé : 730 grammes.

Suite de couches

Presque apyrétiques ; une seule fois 39°, le neuvième jour.

18 avril. Lavement de vin et garde-robe.

20 avril. Commence à allaiter son enfant.

23 avril. A vomi (9e jour). Température 39°, jusqu'à 2 heures du matin. Rétention de pus au niveau de l'abcès de la hanche droite.

M. Bouffe de St-Blaise introduit une sonde cannellée dans le trajet fistuleux. Il s'écoule 2 cuillerées à bouche de pus phlegmoneux. Enlèvement de quelques fils.

28 avril. Enlèvement des derniers fils. Très bon état.

18 mai. Pansement ; le pédicule est tombé.

19 mai. La femme se lève.

B. Enfant garçon 33,70 grammes vivant.

A la sortie, l'enfant pèse 4.250 grammes.

Sortie en bon état le 44e jour.

OBSERVATION II (Pinard)

Coxalgie double. Début à 5 ans. Soignée dans le service du Professeur Kirmisson. Extension continue et opération aux 2 hanches successivement. Traces de rachitisme. Diamètre promonto-sous-pubien 6 cent. Ankylose de deux articulations coxo-fémorales. Grossesse à terme. Opération césarienne conservatrice au début

du travail (Baudron). Guérison de la mère. Garçon vivant, 3240 grammes (1)

E. D. Primipare 25 ans. Entrée au dortoir le 27 mars, opérée le 11 avril 1902.

Antécédents héréditaires. — D'après les renseignements que fournit cette femme, son père âgé de 50 ans serait bien portant. La mère est morte en 1890 à l'âge de 43 ans de tuberculose pulmonaire et laryngite. Elle boitait depuis son enfance, vraisemblablement elle était atteinte de coxalgie. Un frère n'a jamais été malade.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein maternel pendant 4 mois, puis au biberon, cette femme ne se rappelle pas exactement la date à laquelle elle a commencée à marcher seule. Elle sait seulement qu'elle a marché de bonne heure. A l'âge de 4 ans elle eut de l'ophtalmie qu'on soigna chez elle à Suippes (Seine et Marne) où elle était élevée par ses parents.

Coxalgie double. — Peu de temps après, c'est-à-dire vers l'âge de 5 ans, elle commença à souffrir des membres inférieurs et particulièrement au niveau des hanches. On crut d'abord à de la fatigue ou à une chute et ses parents la conduisirent à un médecin du voisinage qui regarda ces douleurs comme des phénomènes de croissance et prescrivit de l'huile de foie de morue à haute dose. L'état de la petite malade ne s'améliora pas et elle passa successivement entre les mains de tous les médecins et rebouteurs du pays.

A l'âge de 8 ans elle ne pouvait plus marcher du tout,

(1) Déjà publiée in thèse ortel 1903 observ. LIV et dans Fonctionnement de la maison d'accouchement Baudelocque année 1902, n° 593.

même avec des béquilles ; elle passait son temps soit au lit, soit sur une chaise.

A l'âge de 10 ans, l'état général s'aggravant de plus en plus, la malade fut amenée à Paris « courbée en deux ». Elle fut admise à l'hôtel-Dieu dans le service de M. Kirmisson.

Elle y resta 18 mois. On lui appliqua d'abord un appareil à extension continue sur les 2 membres inférieurs. Au bout de 3 mois on l'opérait de la hanche droite, 4 mois après de la hanche gauche.

Elle sortit de l'hôpital pouvant marcher avec des béquilles. Elle retourna en Seine-et-Marne où quelques temps après elle abandonnait une de ses béquilles, puis l'autre et seulement à 12 ans et demi elle recommençait à marcher seule.

Réglée à 13 ans 1/2, régulièrement, elle exerce depuis l'âge de 14 ans le métier de couturière, pique à la machine des étoffes légères.

Elle ne suit aucun régime spécial, elle prend toutefois du sirop d'iodure de fer.

Devenue anceinte, Elle entre à la clinique Baudelocque le 27 mars 1902.

Les dernières règles datent du 20-28 juillet 1901. Pas de rapports depuis 7 mois. Dès le début de sa grossesse, cette femme vint à Paris, se plaça comme domestique chez une dame où elle n'eut pas de fatigues. Cette dame ancienne sage-femme lui conseilla de venir à l'hôpital et c'est pourquoi elle entre à la Clinique.

Rien de particulier pendant sa grossesse, ni pertes, ni vomissements. Pas d'albumine.

Etat actuel : taille 1m 46. Elle marche assez bien, légèrement penchée en avant ne déhanche pas mais jette les pieds en dehors ; toutefois, les genoux ne frottent pas l'un contre

l'autre. De chaque côté, on voit au niveau de la hanche de nombreuses cicatrices : une énorme de chaque côté au niveau du grand trochanter : d'autres plus petites. A droite : deux dans le pli de l'aine dont l'une est suintante et dégage une odeur fétide. Deux sur face antérieure de la cuisse au 1/3 supérieur. A gauche, une à la face antéro-interne de la cuisse immédiatement au-dessous du pli de l'aine.

Une en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure. Traces de rachitisme : légère incurvation des tibias et nouûres chondro costales. Ensellure lombaire prononcée avec légère cyphose dorsale. Les membres inférieurs sont presque accolés, les mouvements excessivement limités.

Dans la flexion, le bassin se relève en masse et l'ensellure lombaire disparaît.

L'abduction est impossible et l'écartement forcé des genoux admet à peine la main de Champ. La rotation et la circumduction sont également impossibles.

On note de l'atrophie musculaire, mais pas de troubles trophiques. La vulve n'est pas apparente et se trouve reportée en arrière.

Hauteur de l'utérus : 39 cm. le 8 avril.

Paroi : tendue, rend palpation assez difficile.

Sommet non engagé en G. T.

Auscultation bonne à gauche. Au toucher on constate que le promontoire est très vaillant. Le diamètre promonto-sous-pubien : 8 centimètres 15

Col intact. Etat général bon.

Poumon et cœur normaux.

Le 7 avril, examen fait par M. Pinard qui décide qu'une opération césarienne conservatrice sera pratiquée dès que la femme entrera en travail, en raison :

1° De la viciation du bassin qui est asymétrique et dont le diamètre promonto-sous-pubien est de 6 centimètres environ.

2° De l'ankylose des 2 articulations coxo-fémorales qui empêchent tout écartement des cuisses.

3° Des trajets fistuleux siègeant des deux côtés du bassin et dont quelques uns voisins de la vulve suppurent encore.

Le 11 avril à 8 heures et demi du soir, la femme entre en travail, la hauteur de l'utérus est de 39 centimètres. M. Pinard fait pratiquer immédiatement l'opération césarienne conservatrice.

Le 12 avril, M. Baudron, assisté de MM. Paquy et Delestre, incise la paroi abdominale à 2 heures moins 5 du matin, sur une longueur de 15 cm. L'utérus est ouvert in situ sur la face antérieure, (ouverture de 12 cm. faite à l'aide des doigts). Le placenta est inséré sur la face anterieure ; l'opérateur le traverse, il saisit les pieds du fœtus, qu'il extrait (2 heures). La tête fœtale agrandit en passant l'ouverture utérine la prolongeant de 2 cent. obliquement en bas et à droite. Luxation de l'utérus hors de la cavité abdominale ; décollement du placenta et des membranes, qui sont déchirées.

Une mèche iodoformée de 80 cm. est tassée dans la cavité utérine ; son extrémité inférieure est poussée dans le vagin.

Ecoulement sanguin insignifiant, cependant on fait une injection d'ergotine.

Suture de l'utérus d'abord par des points séparés au gros catgut puis par un surjet au catgut fin ; suture de la paroi abdominale en un seul plan, au crin de Florence. Drainage du cul de sac vésico-utérin au moyen d'une petite mèche.

La durée totale de l'opération a été de 35 minutes.

L'enfant, garçon (3.240 gr.) crie aussitôt après l'extraction, le placenta pèse 480 grammes.

A 5 h. 30 du matin, nouvelle injection d'ergotine ; la température est à 37°.

13 avril. Raccourcissement de la petite mèche abdominale et de la mèche utéro-vaginale.

14 avril. Raccourcissement de la mèche utéro-vaginale.

15 avril. Ablation des 2 mèches : petit drain à l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Les quatre premiers jours, température de 37°5 à 38°5 ; pouls de 108 à 110.

Du 5e au 9e jour température de 37 à 38, pouls de 96 à 80.

Suites apyrétiques jusqu'au 14 mai 32 jours après l'opération, le 14 mai la femme et l'enfant quittent le service en parfait état.

OBSERVATION II (suite)

Publiée in Fonctionnement Clinique Baudelocque de 1905, N° 617 par les Docteurs Lepage et Mouchotte

A sa sortie du service, le 15 mai 1902, la femme va en convalescence à l'asile du Vésinet, ou elle contenue à allaiter son enfant. Au bout d'un mois, elle retourne chez elle et envoie aussitôt son enfant dans le département du Loiret, chez une nourrice mercenaire qu'elle ne connaît pas. L'enfant est élevé exclusivement au biberon jusqu'à 7 mois. La mère va le voir au mois de juillet et au mois d'août et le trouve en bon état. A partir de 7 mois, l'enfant est élevé au lait de vache, aux soupes et aux bouillies.

Il meurt au mois de mars 1903, subitement, sans avoir jamais présenté de troubles digestifs, ni autres, au dire de la nourrice (?).

Après sa sortie du Vésinet, la femme reprend ses occupations de couturière, piquant à la machine.

Elle dit s'être toujours bien porté et n'avoir ressenti aucun malaise depuis l'opération.

Elle devient enceinte pour la seconde fois. Les règles se montrent pour la dernière fois du 27 au 31 juillet 1904. La grossesse évolue sans incident, la femme continue à travailler et à piquer à la machine.

Le 11 avril elle entre au dortoir de la clinique Baudelocque.

M. Couvelaire, qui l'examine, fait remarquer le défaut de mobilité de la paroi abdominale sur l'utérus.

Apparition des contractions utérines douloureuses le 23 avril à 1 h. 30 du matin. 15 minutes après, rupture précoce des membranes. La femme est transportée à la salle de travail où M. Sauvage l'examine.

A 2 h. 30 du matin, il fait ces constatations : sur le ventre cicatrice opératoire longue de 17 cm. régulière et fortement pigmentée. Fond de l'utérus à 36 cm. au-dessus du pubis. Présentation de l'extrémité céphalique, dos à gauche. Bruits du cœur fœtal normaux. Ecoulement par la vulve de liquide amniotique d'aspect normal. Bords de l'orifice dilatable comme 1 franc. Contractions utérines énergiques et revenant régulièrement toutes les 2 minutes environ.

Pendant que l'on prépare ce qui est nécessaire, pour une opération césarienne, les contractions utérines deviennent subintrantes.

La femme crie et s'agite. Les bruits du cœur restent normaux.

Intervention par M. Sauvage, aidé de M. Mouchotte à 4 h. 30 du matin. Anesthésie au chloroforme. Laparatomie. L'incision de la paroi est commencée au bistouri, sur la par-

tie supérieure de la cicatrice, et la dépasse généralement par en bas (2 à 3 cent.). Le doigt, introduit dans le péritoine par l'ouverture qui vient d'y être faite, se trouve bridés de tous côtés, sauf en bas, par des adhérences. L'incision est continuée aux ciseaux en suivant la cicatrice. La paroi est intimement unie à l'utérus. En avant des ciseaux, l'index guide doit creuser à petits coups un tunnel au milieu deux adhérences solides et résistantes.

La symphyse péritonéale ne cesse qu'à quatre travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic. Au-dessus de la zone d'adhérences l'épiploon apparaît dans la plaie.

La section est arrêtée à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la cicatrice. Les lèvres de la plaie restent adhérentes à l'utérus dans les 2/3 inférieurs. Libération de l'utérus. De chaque côté de l'incision l'utérus est adhérent à la paroi dans près de ses deux tiers inférieurs. Les adhérences sont intimes au voisinage de l'incision. L'utérus est soudé à la paroi.

Ces adhérences sont décolées avec le doigt ou sectionnées aux ciseaux lorsqu'elles sont trop résistantes pour se laisser effondrer. La dissection est particulièrement difficile à gauche de l'incision où les ciseaux doivent couper en pleine paroi utérine dans l'étendue d'une petite paume de main. En dehors de cette zone centrale, l'utérus est encore rattaché à distance à la paroi par de solides tractus fibreux dont le plus important est large de près de trois travers de doigt. Au devant du fond de l'utérus, deux ou trois brides épiploïques adhèrent avec à la paroi.

Après la section de ces brides périphériques, l'utérus se trouve définitivement libéré.

Luxation de l'utérus hors du ventre. Des champs placés autour de lui protègent le péritoine. Incision de l'utérus com-

mencée par en bas, au bistouri et continuée au ciseau. On ne rencontre pas le placenta.

Extraction de l'enfant qui est en état d'apnée. Bien que l'hémorragie soit peu considérable, l'hémostase est assurée en enserrant avec la main le segment inférieur. Extraction du placenta inséré sur la paroi postérieure et le bord droit à la partie moyenne de l'utérus. Amputation de l'utérus et des ovaires suivant la technique de Porro.

L'enfant né en état d'apnée pousse un premier cri après quelques minutes. C'est un garçon du poids de 3.000 gr. Il est élevé au sein maternel.

Le 26e jour à la sortie, il pèse 3.290 gr.

Mère et enfant quittent le service en bon état le 26e jour.

OBSERVATION III (Commandeur)

Coxalgie double ancienne probable. Ankylose des 2 hanches. Déformations asymétriques du bassin. Accouchement spontané à terme d'un enfant de 2850 grammes (1).

La nommée C..., 28 ans, dentellière est admise le 27 novembre 1912 aux Expectorants de la Maternité de la Charité parce qu'elle présente de la boiterie. Elle est enceinte de 8 mois 3/4 environ. Pas d'antécédents héréditaires. Personnellement elle raconte l'histoire suivante : nourrie au sein maternel elle a marché à 12 mois de façon correcte et celà jusqu'à l'âge de 4 ans. A cette époque elle fitt une chute, en glissant, elle tomba les deux jambes écartées dans l'attitude du grand écart. Un médecin consulte peu après aurait dit

(1) Publiée à Lyon dans le Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie (1913) page 90. Bassin vicié par ankylose des 2 hanches, p. Commandeur.

qu'elle avait une coxalgie d'abord à gauche puis à droite. Elle ne peut dire quel traitement elle avait suivie à ce moment ni combien de temps elle a été mobilisée ; mais elle prétend que c'est de ce moment que ses hanches ont grossi et qu'elle s'est mise à boiter. A l'âge de 8 ans, la boiterie persistant on la conduisit à Paris où elle semble avoir été soumise à un traitement par les tractions continues ; on lui aurait « tiré la jambe avec des poids »

Ce traitement aurait duré 12 jours et on l'aurait ensuite transportée chez elle sur un brancard.

Elle se leva après un mois de repos au lit mais la claudication ne tarda pas à se reproduire aussi prononcée qu'auparavant.

A 10 ans on la mène de nouveau à Paris et cette fois elle est immobilisée en gouttière pendant 18 mois. Après cette période de repos, elle se lève mais dans les premiers jours où elle recommence à marcher elle fait une chute et se casse le fémur gauche à la partie supérieure.

Nouvelle période d'immobilisation d'un mois, après laquelle elle se lève en marchant avec des béquilles qu'elle quitte au bout de 6 mois.

A partir de cette époque elle n'a plus éprouvé de douleurs au niveau de ses hanches, mais celles-ci sont restées définitivement ankylosées

Examen pratiqué à l'entrée :

La malade a eu ses dernières règles du 20 au 87 février. Accouchement probable vers le 3 décembre. Pas d'albumine. L'utérus avoïde et médian, mesure 36 cm. Enfant se présentant en O I G A ; tête amorcée. Au toucher, orifice externe du col fermé, portion sus vaginale effacée, segment inférieur en voie de formation laissant facilement percevoir la

tête fœtale sur les côtés ; vaginite granuleuse. Le promontoire est accessible, mais éloigné. Promonto-sus-pubien : 11 cm. 5.

La moitié gauche du bassin offre une forte courbure se rapprochant d'un segment de cercle ; le côté droit représente au contraire une courbure à peine marquée correspondant à un redressement cotyloïdien très prononcé.

Le détroit supérieur est nettement asymétrique. Lorsqu'on examine la femme debout et de profil on est frappé par une forte ensellure lombaire avec saillie exagérée des fesses.

On remarque, en outre que lorsque la malade repose sur les 2 plantes des pieds les talons joints le genou droit se fléchit légèrement.

On constate, en outre, de dos l'existence de deux plis transversaux sous iliaques, le droit un peu plus élevé que le gauche. Les deux fesses sont égales, la gauche un peu plus saillante que la droite.

Lorsque la malade se tient debout avec le membre inférieur droit en *extension* le talon gauche se soulève et le pied gauche se met en équinisme.

Pendant la marche le corps se soulève sur la pointe du pied qui appuie et la malade porte l'autre membre en avant par un mouvement net de flexion coxo-fémorale.

Couchée, les cuisses apparaissent légèrement fléchies sur le bassin ; cependant la malade peut les étendre complétement mais seulement par exagération de l'ensellure lombaire

Lorsqu'on fléchit la cuisse droite, on constate que la flexion obtenue est insignifiante et que le mouvement entraîne le bassin. Les mouvements d'abduction sont absolument nuls. A gauche, il persiste à peine quelques mouvements de flexion et très rapidement le bassin est entraîné : là encore l'abduction est impossible.

En somme l'enkylose bilatérale est à peu près complète, elle s'est faite avec un léger degré de flexion sur le bassin égal des deux côtés (ensellure lombaire) et sans attitude vicieuse ni dans le sens de l'abduction ni de l'adduction

Des deux côtés les trochanters sont remontés au-dessus de la ligne allant de l'ischion à l'épine iliaque antéro-supérieur. Mais cette ascension est seulement de 2 centimètres à droite et de 7 centimètres à gauche.

Le racourcissement du membre inférieur gauche est apparent, car les segments ont une longueur égale

Fémur	droit	40 cm.
—	gauche	40 cm.
Tibia	droit	37 cm.
—	gauche	36 cm. 5.

Il n'existe pas d'atrophie musculaire et les circonférences des cuisses et des mollets sont égales à droite et à gauche.

Examen radiographique des hanches : la hanche droite présente une ankylose complète ; la tête fémorale et la cavité cotyloïde sont englobées dans une masse de tissu osseux dans laquelle on ne peut reconnaître ni la tête ni la cavité : il y a soudure de ces parties ; le col fémoral semble très raccourci, mais on ne peut affirmer qu'il y ait luxation, le trochanter est normal. A gauche, la tête fémorale est distincte de la cavité cotyloïde mais certainement diminuée de volume ; le col fémoral a disparu et la tête semble encastrée dans la face interne de l'épiphyse supérieure du fémur. Elle est abaissée par rapport au sommet du trochanter, celui-ci est plus mince et on distingue une ligne claire curviligne, concave en dedans séparant la tête du reste de l'os et aboutissant au sommet du petit trochanter ; cette ligne correspond peut être à la fracture signalée par la malade. La tête ne paraît pas luxée. Le fémur

gauche est sensiblement plus grêle que le droit. La déformation de l'extrémité supérieure du fémur rappelle celle de la coxalgie.

En somme au point de vue radiographique, l'ankylose est surtout nette et droite où le fémur a son volume normal.

A gauche, lésion de coxa-vara avec disposition du col fémural et atrophie de l'os.

Radiogramme pelvien. — Le radiogramme montre les céformations déjà constatées par l'exploration digitale.

Promonto pubien	12 cm.
Oblique gauche	14 cm.
— droit	12 cm.
Transverse médian	13 cm.
Sacro-cotyloïdienne gauche	10 cm.
— — droite	8,5 cm.

L'asymétrie pelvienne est très marquée. Moitié gauche à forte courbure arrondie en segment de cercle, moitié droite fortement aplatie au niveau de l'arc antérieur.

Accouchement :

Etant donné l'accomodation de la tête au détroit supérieur, on décide d'attendre le terme. Les premières douleurs n'apparaissent que le 15 décembre. A ce moment la tête est fixée en O I G A. La dilatation se fait en 14 h. 45. On rompt artificiellement les membranes à dilatation complète la tête étant déjà descendue et l'exécution en attitude de flexion forcée (petite fontanelle au centre du bassin).

L'expulsion se termine en 43 minutes par la naissance d'un garçon vigoureux de 2850 gr.

Au moment du dégagement, étant donnée l'impossibilité d'écarter les cuisses, on a dû mettre la femme en position, membres inférieurs relevés, qui a suffi à surveiller convena-

blement le dégagement, les cuisses n'étant pas ankylosées en adduction.

Pas de déchirure générale ; pas de défsrmation du crâne de l'enfant.

OBSERVATION IV Couvelaire (Inédite)

(Observation 298 de 1924 clinique Baudelocque)

Coxalgie double. Ankylose complète des deux articulations coxo-fémorales. Bassin asymétrique non retréci. Accouchement spontané en O I G A, au cours du 9e mois.

Primipare 24 ans.

Antécédents héréditaires, rien à signaler.

Antécédents personnels. — Femme bien portante dans la première enfance, nourrie au sein maternel. Elle ne se souvient pas à quel âge elle a commencé à marcher. A l'âge de 5 ans, à la suits d'un traumatisme sur la nature duquel la femme ne peut donner aucune précision, la petite malade marche difficilement, ressentant à la moindre fatigue des douleurs vives dans la hanche gauche. La situation hanchée avec appui sur la jambe droite soulage la malade. Pendant 1 mois elle est traitée par des massages. Les douleurs disparaissent avec le repos mais réapparaissent à la moindre marche. Elle est alors placée dans un appareil plâtré. Plusieurs appareils sont faits successivement et elle reste ainsi immobilisée pendant 1 an. A l'âge de 6 ans, la malade marche avec des béquilles pendant 6 mois.

La hanche gauche est ankylosée.

Peu à peu la marche devient plus facile et jusqu'à l'âge de 9 ans l'enfant peut marcher sans aucune aide, ne présentant qu'une boiterie légère.

A l'âge de 9 ans apparaissent au niveau de la hanche droite, des symptômes identiques à ceux qu'on avait constatés à gauche quatre ans plus tôt. La malade est alors immédiatement placée dans un appareil plâtre pendant une année.

Au sortir du plâtre la hanche droite est également ankylosée. Cependant la marche est assez difficile. La malade n'a jamais présenté d'abcès et n'a eu depuis cette date aucune autre maladie.

Cette femme dont les dernières règles datent du 21 mai 1923 a eu une gestation sans incident surveillée à la clinique.

Au début du 9e mois elle est hospitalisée à Baudelocque.

Examen du squelette.

Femme couchée. — L'épine iliaque gauche est environ à 4 cm. au-dessous de la droite dans un plan vertical. Le membre inférieur gauche parait en position normale. Le droit au contraire est nettement raccourci, placé en flexion du genou et rotation externe peu accusée. Genu-valgum, saillie accusée de la rotule, coup de hache sous-rotulien.

Mensuration des 2 membres inférieurs.

De l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe :

à gauche, 71 cm.

à droite, 67 cm.

De l'épine iliaque antéro-supérieure à la rotule :

à gauche, 40 cm. 1/2

à droite, 37 cm.

Léger degré d'atrophie musculaire du côté droit, Ankylose complète des 2 hanches.

Les mouvements du genou sont conservés à gauche.

A droite, mouvements anormaux de latéralité au niveau du genou.

La femme ne peut faire aucun mouvement, ni d'abduction ni de rotation, ni de flexion.

Femme debout. — Station sur le membre inférieur gauche. Supportée sans fatigue ; pied droit en équinisme très marqué. Lordose lombaire marquée et saillie de la face postérieure du sacrum. Scoliose dorsale très légère à concavité droite. Losange de Michaëlis un peu asymétrique ; angle gauche plus bas et plus éloigné de la ligne médiane que le droit. Pli fessier droit un peu abaissé. De profil la lordose est plus apparente, le bassin est antéversé.

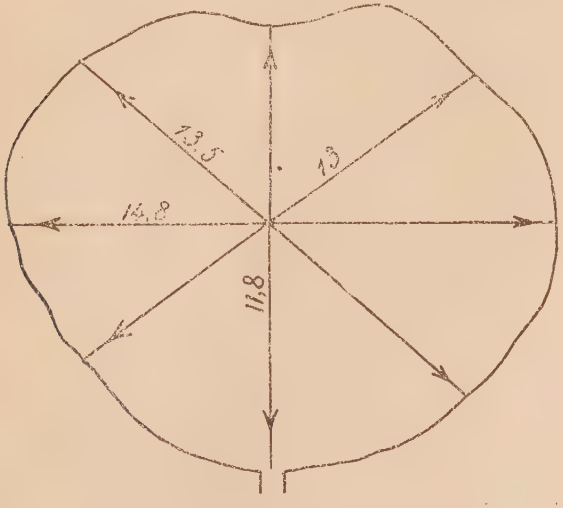
Marche. — Boiterie légère. La femme semble s'être accomodée assez bien à ses lésions. Elle marche le pied droit en équinisme et exécute un léger mouvement d'oscillation autour d'un axe vertical à chaque pas.

Le reste du squelette est normal.

Pas de signe de rachitisme.

Examen médical. — Rien à signaler au niveau des divers appareils.

Examen obstétrical. — Abdomen normalement développé et de consistance normale.



Utérus légèrement antéversé. Hauteur utérine, 30 cent. Au palper, tête d'aplomb sur le début supérieur, non engagé ne débordant pas.

Toucher. — Vulve regardant en arrière. Parties molles souples. Col souple en position normale.

Le doigt perd rapidement les contacts des lignes innominées. L'arc antérieur du pubis est largement ouvert, les premières vertèbres sacrées inaccessibles. Le bassin est large. Une radio-pelvimétrée, (méthode de Fabre) donne les mesures suivantes :

Diamètre promonto-rétro-pubien	11.8
— transverse	14.8
— oblique gauche	13.5
— — droit	13

En résumé, bassin vaste et légèrement asymétrique.

Quelques jours après l'entrée on constate une présentation du sommet profondément engagé.

La femme entre en travail le 28 février 1924.

La période de dilatation est très rapide, elle dure 5 h. 45 minutes. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. La femme est placée en décubitus latéral droit. Après 10 minutes d'efforts expulsifs la tête apparaît a la vulve. Pour le dégagement de la tête on est obligé de faire coucher la femme à plat ventre sur le lit.

L'expulsion d'un garçon vivant pesant 3030 grammes.

Bi-pariétal, 9,2. Pas de lésions vulvo-périnéal.

Délivrance naturelle, 1 heure après l'expulsion.

Placenta 400 grammes.

Suites de couches normales. Sortie au 10e jour en bon état. Enfant pesant à la sortie 3.280 grammes.

CONCLUSIONS

I. — L'évolution d'une coxalgie bilatérale pendant l'enfance n'entraîne pas toujours des déformations pelviennes importantes.

II. — Il est des cas où le bassin a gardé une forme et les dimensions normales permettant l'accouchement spontané d'un enfant vivant, à terme.

III. — Dans certains cas le bassin présente des déformations importantes nécessitant l'opération césarienne. Ces cas correspondent à des lésions complexes (hyperostoses) ou à des lésions surajoutées, (atrophie générale du squelette, déformation rachitique, sacro-coxalgie).

IV. — Le pronostic obstétrical pour chaque cas particulier sera établi par l'étude clinique et radiographique.

Vu :
Le Président de Thèse,
COUVELAIRE.

Vu :
Le Doyen,
H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

ARONOVITCH S. — « La coxalgie double envisagée surtout au point de vue de son traitement ». Thèse Paris 1909-1910.

TRACOU P. — « De l'influence de la coxalgie sur la conformation du bassin ». Thèse Lille 1889.

ORTEL. — « Du bassin coxalgique et de son accouchement ». Thèse Paris 1903-1904.

CALVÉ J. — « De la coxalgie chez l'enfant ». Thèse Paris 1905-1906.

PILLOT. — « La coxalgie double et son traitement ». Thèse Nancy 1910.

CHARLES J. — « Contribution à l'étude obstétricale du bassin déformé par la double luxation fémorale d'origine congénitale ». Thèse Paris 1921.

VINAVER. — « De l'ostéotomie sous-trochantérienne dans les ankyloses vicieuses de la hanche ». Thèse Paris 1888-1889.

PROUVOST. — « Etude sur les bassins viciés par boiterie ». Thèse Paris 1890-1891.

PERDU CHRISTIAN. — « Essai sur le diagnostic précoce de la coxalgie ». Thèse Paris 1923.

Houzel. — « Coxalgie double et double tuberculose du genou ». Bulletin et Mémoires de la Société anatomique de Paris 1908.

Commandeur. — Bulleiin de la Société d'obstétrique et de gynécologie. Lyon 1903.

Kirmisson. — La coxalgie double. Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique. 1908.

Ménard. — Coxalgie double. Tuberculose infantile. 1903. Etude sur la coxalgie. 1907.

Duret H. — Leçons cliniques sur la coxalgie.

Reclus. — De la coxo-tuberculose. Clinique Chirurgicale. Hôtel-Dieu 1888.

De Saint-Germain. — L'avenir de la coxalgie.

Fouchou. — Lapeyrade. « Contribution à l'étude de la coxalgie par la radiographie » Thèse Paris 1906.

Bonnet. — Maladies des articulations.